Rok XXVIII. Kraków, 16 Lutego 1889. Nr. 7.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O wtórorzędnéj t. j. skutkiem zabiegów na otrzewny powstającéj niedrożności jelit.

Podał

Prof. Dr. Obaliński w Krakowie.

(Ciąg dalszy i dokończenie. Patrz Nr. 6).

2. Bardzo ważną rzeczą jest wczesne rozpoznanie wtórorzędnej niedrożności jelit. Jeżeli mówiąc o rozpoznaniu niedrożności jelit w ogóle (l. c.) wyraziłem się, że ono należy do trudnych a częstokroć do niemożliwych, przynajmniéj co do pojedynczych szczegółów, i dla ułatwienia sobie zadania tak gorąco popierałem laparotomiję próbną, to rzeczy tutaj mają się nieco odmiennie. Tam odgrywają rolę najróżnorodniejsze przyczyny, tutaj zaś w przeważnéj liczbie stosunki mechaniczne i to najczęściéj zrosty, tu i owdzie spotykamy się tylko jeszcze z niedrożnością funkcyjonalną.

W pierwszym razie mamy prawie na pewno objaw charakterystyczny, t. j. wybitne kłębowanie się jelit rozdętych powyżéj mechanicznéj przeszkody, osobliwie w początkach choroby; brakuje go tylko wyjątkowo, np. jeżeli przeszkoda znajduje się bardzo wysoko albo w bardzo późnym okresie, kiedy przewagę biorą przypady zapalenia otrzewny. Nawet równoczesne podwyższenie temperatury ciała nie powinno nas na bezdroża prowadzić, jeżeli tylko w mowie będący objaw jest dosyć wybitnym. Dla tegoto nie mogę zgodzić się z twierdzeniem Bumma[1]), który powołując się na jeden przypadek niedrożności jelit, powstałéj skutkiem laparotomii w klinice ginekologicznéj würzburskiéj, mówi, że „prawie niepodobném jest rozpoznanie niedrożności jelita, jeżeli występuje ono wśród wysokiéj gorączki i kryje się za objawy septycznego zapalenia otrzewny", a to tém mniéj, że w opisie przebiegu choroby téj saméj pacyjentki znajduję w czwartym dniu po operacyi zanotowany stan następujący: „częste odbijania, silny ruch jelit; dwa razy wymioty; brzuch miękki mało co wydęty, przy ucisku niebolesny!" Wszak to wcale już chyba nie odpowiada septycznemu zapaleniu otrzewny a oparłszy się na przypadzie najwybitniejszym, t. j. silnym ruchu jelit obok innych, trzeba było przypuścić pomimo równoczesnego podniesienia temperatury ciała do 39·6°C. mechaniczną zaporę i otworzyć jamę brzuszną a byłoby się najprawdopodobniéj dało uratować życie; sekcyja bowiem ósmego dnia po operacyi wykonana wykazała, że otrzewna była zupełnie gładką i lśniącą a przeszkoda czysto mechaniczną wywołana przez przyrośnięcie sieci do jelita.

Trzymając się obok innych przypadów tego głównego, zawsze dobrze rozpoznawałem i dla tego nie mogę się zgodzić na zdanie Wolffa Hirscha[1]), który mówi, że „rozpoznanie jest tutaj tak trudném, iż podjęcie drugiéj laparotomii celem zniesienia niedrożności uważaném być musi za czyn nader odważny". Prawda, że objaw ten niknie tam, gdzie w skutek bardzo ostrego zadzierzgnięcia wytwarza się mocne zadrażnienie lub nawet zapalenie otrzewny; lecz właśnie okoliczność powyżéj już uwzględniona, że po największéj części mamy sposobność przypadki wtórorzędnéj niedrożności obserwować od samego początku, przyczynia się do tego, iż głównego tego objawu pominąć nie możemy a już i tego doświadczyłem, że mi chorzy sami opowiadali o ruchu jelit niezwykłym lub przelewaniu się w tychże.

3. Jeżeli mówiąc w ogóle o leczeniu niedrożności jelit (l. c.) przemawiałem za wczesną laparotomiją, to przy wtórorzędnéj nie potrzebuję się wysilać dla udowodnienia korzyści z wczesnéj laparotomii. Poprzednio wykazałem, że przeważnie idzie tutaj o zaporę mechaniczną wywołaną zrostami; daléj wyszczególniłem, że rozpoznanie bywa najczęściéj łatwém; jeżeli jeszcze w końcu zwrócę uwagę na to, że pacyjenci, o których mowa, pozostają jako rekonwalescenci po przebytéj już poprzednio laparotomii w ciągłéj ob-

[1]) *Ueber Darmverschliessungen nach Laparotomieen. Münch. klin. Woch.* 16, 1888.

[1]) *Archiv f. Gynäkologie, XXXII, 2.*

serwacyi lekarskiéj, to każdy racyjonalnie się zapatrujący lekarz przyzna mi, że tu jedynie wczesna laparotomija przynieść może rzeczywistą pomoc. Tak było w moich dwóch przypadkach i obydwa zostały uratowane, w trzecim zaś, który nie był pod obserwacyją lekarską, lecz przywieziony został za późno do szpitala, nie zdołałem już uzyskać rezultatu dodatniego. Wręcz naiwną mi się wydaje propozycyja pana Sebileau [1]), który w takich razach całego systemu różnych środków i środeczków użyć radzi, byleby tylko nie operować! Musiał nigdy nie widzieć przy sekcyi tych zmian, bo z pewnością zmieniłby swoje zapatrywania. Nie przeczę, że wyjątkowo może się wydarzyć po laparotomii t. z. *ileus paralyticus*, wywołany zapaleniem otrzewny; natenczas wskazanym jest początkowo spokój i środki narkotyczne a w pierwszym rzędzie beladona, nieco późniéj obfite wlewania do kiszki stolcowéj. Ale też i stan taki odznacza się zupełnie innemi objawami, między któremi odszczególniam jednostajną bębnicę, brak kłębowania się jelit i częstokroć utrudnione lub nawet niemożebne oddawanie moczu.

Rozporządzam już całym szeregiem przypadków, w których na podstawie wymienionych objawów rozpoznałem zadrażnienie otrzewny i *ileus paralyticus*, a w których odrzuciwszy myśl operacyi przez innych mi podsuwaną lub mnie samemu się narzucającą, uratowałem chorych jedynie środkami wewnętrznemi. Lecz aby módz na pewno wybierać i na pewno działać, trzeba dokładnie rozróżniać charakterystyczne objawy a nie przechodzić nad niemi do porządku dziennego, jak to np. czyni Bumm (l. c.) mówiąc: „*Noch weniger beweisend als Erbrechen und Stuhlverstopfung sind die Auftreibung des Unterleibes, die Kolikschmerzen, das Auftreten von Eiweiss im Urin und wie die Symptome alle heissen*.......“ Otóż właśnie ja twierdzę, że te inne przypady są charakterystycznemi, podczas gdy na wymiotach i zaparciu stolca wcale opierać się nie można.

4. Na rokowanie w przypadkach niedrożności jelit, występującéj w przebiegu gojenia się ran otrzewnowych za patrywano się dotąd bardzo czarno, czemu się nie dziwię, uwzględniwszy dotychczasową statystykę, która najlepiéj odbija się w zestawieniu tysiąca laparatomij, wykonanych przez Spencer-Wellsa. Jedenaście operowanych umarło z powodu niedrożności jelit. Wiadomość tę czerpię jedynie z referatu, nie mam bowiem niestety przed sobą oryginalnego dzieła, w którém mógłbym zasiągnąć szczegółowych wiadomości o każdym z tych przypadków, sądzę jednak, że jeżeli nie wszystkie, to przynajmniéj wiele z nich dałoby się było uratować, gdyby operacyja w należytym czasie i z uwzględnieniem należytych wskazań była wykonaną. Przy dzisiejszych wiadomościach o téj sprawie rzecz nie stoi tak źle i spodziewać się należy, że podobne przypadki, jak te, które na początku niniejszéj pracy opisałem, nie będą należeć do wyjątków.

5. Na koniec wypada mi się zastanowić nad sposobami, jakichby użyć należało celem zapobieżenia złemu. Kwestyję tę podniósł był już ginekolog berneński Müller na pierwszym wiecu niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego, odbytym w Monachium 1886. Zaproponował on, aby usunąć opatrunki uciskające brzuch, a powtóre aby po ciężkich laparotomijach, wśród których zmuszeni byliśmy oddzielać zrosty i nakładać dużo ligatur, lub nawet pozostawiać rany, wypełnić jamę brzuszną płynem obojętnym, wyjałowionym np. 0,7% rozczynem soli kuchennéj i to w takiéj ilości (2400 gm.), aby płyn ten mógł służyć jako izolator pojedynczych trzew i w ten sposób zapobiegał stykaniu się ich a zatem i zrostom.

W dyskusyi nad tym przedmiotem różne i to wręcz przeciwne pojawiły się zdania, jedni, jak Olshausen, byli wnioskowi temu przychylni, inni nie spodziewali się z niego żadnych dodatnich skutków, pomawiając nadto inne czynniki, jak rany, wynaczynioną krew, środki antiseptyczne itp. o to, że przyczyniają się do zrostów lub podrażnienia otrzewny i że tym sposobem wywołują mechaniczne zamknięcie a względnie porażenny stan jelit.

T. Dembowski (l. c.) wykazał wprawdzie w swéj pracy, że ani jodoform, ani środki antiseptyczne (jak karbol, sublimat), ani rany otrzewny nie wywołują zrostów, nie zbił jednak twierdzenia Sängera, który w dyskusyi owéj powołując się na swoje doświadczenia [1]) powiedział, że płyn nalany do jamy brzusznéj zostanie prędzéj wessanym niż rana otrzewny zdoła się zagoić, a zatem nim usuniętą zostanie obawa wywołania przez nią zapalnego porażenia jelit (*ileus paralyticus*). A nawet co do środków antiseptycznych postawił sobie Dembowski kwestyję niewłaściwie. Stara on się bowiem udowodnić, że karbol, sublimat i jodoform a więc zazwyczaj dzisiaj używane środki antiseptyczne nie mogą wprost wywołać zrostów na otrzewnie, gdy przeciwnie tutaj się rozchodzi o co innego, a mianowicie, czy dane pewne zranienie otrzewny itd. samo sobie zostawione mniejszą ma dążność do zrostów, niż w obec równoczesnego traktowania go powyżéj wymienionemi środkami antiseptycznemi. Tak przynajmniéj ja pojąłem tę sprawę i takiż duch wiał z przemówień Kaltenbacha, Krukenberga i Olshausena podczas dyskusyi nad wnioskiem Müllera (l. c.).

To jest kwestyja zupełnie innego rodzaju, która po części doświadczeniem na zwierzęciu, głównie jednak rozstrzyganą być powinna na podstawie statystyki i to nie przypadkowéj lecz należycie usystemizowanéj i bardzo licznéj. Za wpływem takich środków antiseptycznych zdaje się przemawiać prosty pogląd na dotychczas ogłoszone przypadki. Jak wiadomo nie używa Lawson Tait przy swoich laparotomijach żadnych środków antiseptycznych, stara się tylko o wyborne warunki aseptyczne i tym sposobem osiąga i niski odsetek śmiertelności i, co ważniejsza, nic nie wspomina o jakichkolwiek przypadkach niedrożności jelit, przynajmniéj nic o tém nie wspomina referent, zdający sprawę z jego 2000 laparatomij [2]). W każdym razie jestto rzeczą uderzającą w obec faktu, że z szeregu 1000 laparatomij, dokonanych przez Spencer-Wellsa, który przeważnie trzymał się zasad Listera, umarło aż 11 osób z powodu niedrożności jelit. Rzecz ta, zdaniem mojém, kwalifikuje się na kongres międzynarodowy, który jedynie mógłby wziąść początek i powagą swoją doprowadzić do skutku tak pożądaną w niniejszym kierunku statystyką, gdzie każdy w niéj udział biorący byłby obowiązanym wypełnić pewne przez kongres uchwalone rubryki.

Czy zaś proponowane przez Müllera wypełnienie jamy otrzewnowéj obojętnym jakimś lecz wyjałowionym płynem może zapobiedz zrostom, postanowiłem w myśl Olshause-

[1]) *De quelques accidents intestinaux survenants après les opérations abdominales. Annales de gynécol.* 1885. Fevr. str. 118.

[1]) *Archiv f. Gynaecologie* XXIV. p. I. [2]) W pierwszym tysiącu okazała się śmiertelność nieco nad 9%, w drugim zaś tylko nieco nad 5%.

na wypróbować na zwierzętach a nie uprzedzać się z góry powziętém o niém mniemaniem, jak to uczynił Dembowski (l. c.).

Rozważając dokładnie tę rzecz postanowiłem obok płynu proponowanego przez Müllera, tj. 0,7% rozczynu soli kuchennéj użyć jeszcze innego, któryby nie miał jak tamten celu wielką swą ilością oddzielać trzewą od siebie lecz posiadał raczéj własność utrzymywania otrzewny w takim stanie, żeby zrosty tém trudniéj mogły przyjść do skutku. Płynem takim wydała mi się być dobrze wyjałowiona oliwa; wessanie jéj odbywa się powolniéj niż rozczynu wodnego, ilość jéj może być mniejszą a tłustość ścian mogłaby to sprawić, żeby powierzchnie się ślizgały a nie sklejały.

W celu przekonania się o prawdziwości tych przypuszczeń wykonałem w dniu 24 grudnia 1888 na trzech królikach laparotomiję a wydobywszy trzewa wywołałem u każdego z nich następujące zmiany: 1) na kątnicy przypaliłem termokauterem miejsce wielkości centówki; 2) na jelicie biodrowém przypaliłem miejsce na 2 cm. długie a ½ cm. szerokie; 3) na kiszce wstępującéj posmarowałem kolodyjonem z jodoformem pomięszanym miejsce na 2 cm. długie, a na 1 cm. szerokie, a nareszcie 4) odciąłem każdemu po kawałku sieci po poprzedniém téjże podwiązaniu. Królikowi *a* zaszyłem brzuch bez wprowadzenia jakiegokolwiek doń płynu; królikowi *b* wprowadziłem poprzednio 50 gm. wyjałowionéj oliwy, a królikowi *c* wprowadziłem przed zaszyciem 200 gm. rozczynu 0,6% soli kuchennéj także przez gotowanie wyjałowionego.

Pierwszy z nich przyszedł prędko do siebie, jadł i poruszał się dobrze, a siódmego dnia zabity okazywał otrzewnę zupełnie lśniącą, gładką, w miejscu przypalenia termokanterem zaledwie ślad barwikowy, a przewiązkę w śieci, jakotéż szwy zamykające ranę brzuszną nigdzie nie przyrośnięte, tylko same w sobie zgojone.

Królik *b*) nie przychodził do siebie, posmutniał, nie jadł, unikał towarzystwa tamtych dwóch a nareszcie po trzech dniach zdechł. Sekcyja wykazała obfitą cuchnącą i mętną wypocinę, pomięszaną z oliwą, a w miejscach obrażeń jakoteż i na powierzchni całych jelit wybitne złogi włóknikowe.

Królik *c*) utrzymał się przy życiu i w dobrém zdrowiu podobnie jak i pierwszy i celem obejrzenia zmian w jamie brzusznéj został zabity w siódmym dniu po operacyi. Jama otrzewny próżna, ta ostatnia lśniąca i gładka, a tylko miejsca, w których dokonano urazu, poprzyrastane a mianowicie: sieć przyrosła pod wiązanym końcem swym do dolnego brzegu wątroby, jelita zaś skupiły się miejscami przyżegniętemi ku sobie i razem z dolną częścią szwu brzusznego, do którego przyrosły dosyć zbitemi włóknami tkanki łącznéj, stanowiły węzeł, który przy mocniejszém pociągnięciu zfolgował i tym sposobem dozwolił wystąpić kałowi, gdyż kiszka wstępująca była w miejscu przeżegniętém przedziurawiona i tylko przez zrosty w swéj funkcyi utrzymana.

Jakkolwiek z tych trzech doświadczeń dałaby się już wysnuć myśl, wyświecająca stosunki gojenia się obrażeń otrzewny i pewien kierunek zachowywania się operatora w obec nich, to jednakże postanowiłem dla dokładności wykonać jeszcze drugi szereg takich doświadczeń.

W tym celu otworzyłem w dniu 6go stycznia 1889 dalszym trzem królikom *d*) *e*) i *f*) w narkozie jamy brzuszne z zachowaniem ścisłéj antiseptyki i wykonałem wszystkim trzem jednakie obrażenia, mianowicie podwiązałem sieć, przyżegnąłem termokauterem kątnicę na przestrzeni jednocentówki i wyciąłem kawałeczek otrzewny wielkości fasoli z przedniéj ściany brzusznéj w oddaleniu 4 ctm. od brzegu rany brzusznéj; poczém zaszyłem jamę brzuszną dwurzędowym szwem nie wprowadziwszy królikowi *d*) nic do niéj, królikowi *e*) 50 gm. oliwy wyjałowionéj, królikowi zaś *f*) 60 gm. 3% rozczynu kwasu borowego (zazwyczaj przezemnie do przepłukiwania jamy otrzewnowéj używanego).

Królik *d* przyszedł wkrótce do siebie, ożywił się, jadł i skakał. Rana zgoiła mu się przez rychłozrost. Siódmego dnia zabito go a sekcyja wykazała otrzewnę połyskującą, gładką, sieć przyrośniętą podwiązanym swym końcem do śródjelicia czczego, miejsce przyżegnięte na kątnicy przyrośnięte łatwo oddzielić się dającemi zrostami do otrzewny ściennéj naprzeciw położonej, gdy ranka w otrzewnie ściennéj po lewéj stronie położona zupełnie się zrosła i nabłonkiem pokryła.

Królik *e* posmutniał, stał się niespokojny i nie jadł. Trzeciego dnia rano zdechł. Sekcyja wykazała wypocinę szarą brudną, pomięszaną z oliwą i dużo złogów włóknikowych na otrzewnie a osobliwie w miejscach urazu, które nie były z sąsiedniemi organami zrośnięte.

Królik *f* stał się również smutny i nie jadł a trzeciego dnia rano zastałem go nieżywego z raną z opatrunku ogołoconą w jedném miejscu rozdartą i z jelitami zupełnie z brzucha wyrwanemi. Otrzewna była jeszcze gładka lecz mocno nastrzykana. Miejsce przeżegnięcia w kątnicy przedziurawione.

Rozglądnąwszy się w tych doświadczeniach widzimy, że obydwa króliki, u których oprócz urazów, naśladujących ciężką operacyję, nie użyto żadnych innych bodźców, zupełnie wyzdrowiały a nadto, że u jednego z nich nie wytworzyły się żadne zrosty. Natomiast zdechły szybko obydwa króliki z takiemi samemi urazami, którym wprowadzono do jamy brzusznéj po 50 gm. oliwy wyjałowionéj; z tych zaś dwóch którym wprowadzono po 60—100 gm. płynu mniéj lub więcéj obojętnego zdechł ten, któremu dostał się płyn więcéj drażniący (3% rozczynu boru) a pozostał przy życiu królik z obojętniejszym płynem; jednak płyn ten uległ wessaniu nie przeszkodził powstaniu zrostów i to znacznie silniejszych niż w innym razie.

Na podstawie tego pozwalam sobie uczynić wnioski:

1. Że płyny wodniste ulegają prędko wessaniu i nie zapobiegają zrostom, przeciwnie zdają się one sprawiać pewnego stopnia drażnienie w otrzewnie, które połączone z zadrażnieniem ciała obcego w jamie otrzewnowéj się znajdującego prowadzi do zrostów o wiele silniejszych i rozleglejszych, niżby ciało to samo mogło było wywołać.

2. Płyny, które bardzo trudno ulegają wessaniu, wprowadzone do jamy brzusznéj zapobiegają wprawdzie powstaniu zrostów w miejscach zranienia otrzewny, lecz natomiast wywołują takie drażnienie, że jego następstwem bywa zapalenie otrzewny śmiertelne.

3. Tylko powstrzymanie się od sprowadzenia wszelakich środków do jamy otrzewnowéj daje najmniejszy odsetek zrostów a najlepszy wyzdrowienia.

Jakkolwiek czuję, że, aby doświadczenia takie były zupełnie przekonywającemi, musiałyby być w większéj ilości i z większą rozmaitością dokonane, to jednak, pozostawiając ten rodzaj rozstrzygania kwestyi tym, którzy rozporządzają i lepszemi warunkami i większą ilością wolnego czasu, chciałem i tu znaleźć niejakie poparcie dla moich powyżéj wyrażonych przypuszczeń, że nie we wprowadzaniu jakichkolwiek środków do jamy otrzewnowéj a raczéj w tychże unikaniu szukać należy sposobów do zmniejszenia zrostów. Zupełnie im zapobiedz nie jesteśmy w stanie, gdyż to wynika z saméj natury rzeczy; lecz na pocieszenie i nas chirurgów i cierpiącéj ludzkości starałem się uwidocznić, że skutki przez nie wywoływane dają się względnie łatwo rozpoznać a w takim razie i skutecznie usunąć.

II. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Behring: **Przyczyna odporności szczurów na jad wąglika.**

Jak wiadomo należą szczury białe, od niejakiego czasu powszechnie do doświadczeń bakteryjologicznych używane, do zwierząt prawie całkowicie na jad wąglika odpornych.

Stare szczury znoszą wielkie ilości wstrzykniętych prątków wąglikowych bez szkody, a przyczyna odporności tej polega według badań B. na alkalicznem oddziaływaniu surowicy krwi tych zwierząt. Surowica z krwi szczurzej okazuje według badań tych blizko dwa razy silniejszy stopień oddziaływania alkalicznego niż surowica z krwi wołowej, a na pożywce sporządzonej z owej surowicy hodowle wąglika nie udają się, chyba że też dodatkiem n. p. kwasu szczawiowego złagodzoną zostaje. Chloroformowanie szczurów sprowadza znaczne osłabienie się oddziaływania alkalicznego surowicy do tego stopnia, że hodowle pomyślnym uwieńczone zostają skutkiem. Doświadczalnie przekonał się autor, że dodatkiem małej ilości ługu sodowego (1:2400) do surowicy z krwi wołowej również też nieprzydatną dla rozwoju wąglika uczynić można. Przyczynę odporności szczurów upatruje autor w obecności niezbadanych bliżej zasad, które alkaliczność krwi sprawiają. (*Ctbl. f. klin. Med.* 1888, Nr. 38).

Dr. J. Karliński.

Grancher i Deschampes: **Badania nad zachowaniem się prątka duru brzusznego w ziemi.**

Autorowie stawili sobie następujące pytania: 1) czy prątek duru przechodzi przez ziemię i może dostać się na kilka metrów głęboko, t. j. dojść aż do wody gruntowej; 2) jak długo prątki w ziemi zostają przy życiu; wreszcie 3) czy prątki mogą przejść do jarzyn, które rosną w ziemi zawierającej te prątki. Aby na te pytania odpowiedzieć, napełniali G. i D. ziemią 3 rury długości 2·4m., na szczycie której umieszczali hodowle prątków Ebertha i podczas gdy ze zbiornika dochodziła do tych rur nieustannie woda sterylizowana, badali wodę odpływającą, jakoteż różne warstwy tej ziemi w rozmaitych wysokościach co do obecności prątków durowych. Oprócz zwykłych sposobów badania co do obecności prątków posługiwali się G. i D. nowym, przez siebie wynalezionym sposobem, polegającym na oddziaływaniu prątków, hodowanych na pożywce barwionej. Sposób ten stanowi tylko zastosowanie spostrzeżeń, podanych przez Noeggeratha. Otóż w żadnej z trzech rur, w których ziemia znajdowała się w różnych warunkach (zbita lub rozpulchniona, podlewana przed zaszczepieniem prątków lub nie), woda przesączona nie zawierała prątków Ebertha, a w głąb ziemi doszły te prątki najdalej na 40 do 50cm. głębokości po pięciu tygodniach. W pięć i pół miesiąca po zaszczepieniu prątki duru są jeszcze żywe w głębokości 20—40cm., a więc zostają dłużej przy życiu w ziemi, niż w pożywce wystawionej na działanie powietrza atmosferycznego. Wreszcie skrzynię wypełnioną ziemią zasiewali autorowie nasieniem z jarzyn i podlewali ziemię wodą sterylizowaną zanieczyszczoną prątkami duru brzusznego. Miąższ roślin, które wyrosły, nie zawierał, jak późniejsze badania wykazały, śladu prątków durowych. (*Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1889. Tom I, str. 33—45). *A. B.*

Patologija.

Freund: **O akromegalii.**

Chorobę tę opisał pierwszy Marie w r. 1886, a od tego czasu ogłoszono 11 przypadków, które Erb zebrał i dodając przypadek obserwowany przez siebie podał dokładny opis tej ciekawej choroby polegającej, według opisu Erba, na przeroście odnóg tak górnych jak i dolnych, kości twarzy i jej części miękkich, którym to objawom towarzyszy zanik lub zboczenia w gruczole tarczykowym, zachowanie (nawet w późnym wieku) i przerost grasicy i zajęcie *hypophysis cerebri* a nawet i przerost mózgu i wielu nerwów. Nierzadko występuje w przebiegu tej choroby przerost innych trzew, jak wątroby, nerek, serca itd. Etyjologija akromegalii jest zupełnie ciemną.

Autor miał sposobność przez lat 16 obserwować kobietę dotkniętą akromegaliją i on też właściwie pierwszy, bo w r. 1872, podał opis tymczasowy tego przypadku pod nazwą *Makrosomia partialis.* Kobieta 34-letnia pochodzi z rodziców dobrze zbudowanych i posiada rodzeństwo również proporcyjonalnie zbudowane. Około 8 roku życia zauważono, że nogi i ręce szybciej rosły niż reszta ciała, twarz miała być proporcyjonalna, a postawa ciała prosta. Gdy jednak w 14 roku chora zaczęła miesiączkować, niestosunek objętości odnóg i twarzy do ciała stawał się coraz widoczniejszy. W 20 roku miesiączka zupełnie ustała, a wyszedłszy w 22 roku za mąż pozostała dotąd bezdzietną i miała być dla aktu kopulacyi zupełnie obojętną. W skutek ciągle się powiększających rąk i nóg stała się ociężałą i niezgrabną i z powodu swej dziwacznej postaci przygnębioną i stroniącą od ludzi. Badanie szczegółowe w r. 1872 wykazało: silne wygięcie stosu pacierzowego ku tyłowi, twarz wiotka ku dołowi posunięta, szczęka dolna mocno powiększona, czaszka prawidłowej wielkości; kości barków, ramion a szczególnie przedramion i rąk olbrzymie; taki sam stosunek w odnogach dolnych, t. j. najbardziej powiększone są stopy i podudzia. Części miękkie okrywające wymienione części szkieletu są przeważnie silnie przerosłe, skóra gruba i pofałdowana. Gruczoł tarczykowy, sutki i części rodne prawidłowe. Z opisu podanego z tej samej osoby z r. 1888 wynika, że odnogi przez 16 lat bardzo mało się zmieniły, a za to przerost szczęki dolnej i górnej wciąż postępował, funkcyje psychiczne chorej nie ucierpiały. Zastanawiając się nad chorobą opisaną przychodzi F. na podstawie długoletnich badań do następujących wniosków: Wszystkie zwierzęta od urodzenia do zupełnego wykształcenia organizmu nietylko rosną ale także postać ich się zmienia. Zmiana ta w postaci przychodzi do skutku przez niejednostajny wzrost poszczególnych części ciała. I tak podczas gdy w dziecięctwie u człowieka czaszka i tułów przeważają wielkością część twarzową i odnogi, te ostatnie w okresie drugiego zębowania i szczególnie w okresie rozwoju płciowego o wiele szybciej wzrastają niż reszta ciała, co nadaje ciału odmienną właściwą postać. W przypadkach chorobowych normalny ten rozwój albo zanadto pozostaje w tyle, albo też do większych dochodzi rozmiarów, a w ostatnim razie rozwija się akromegalija. Jest rzeczą niemal pewną, że opisane zaburzenia w rozwoju stoją w związku ze zboczeniami w rozwoju płciowym i czynnościach płciowych. Prawdziwość swych przypuszczeń stara się F. dowieść licznemi pomiarami, które wykonał na dzieciach i osobach dorosłych, szczególnie na kobietach.

Wszystkie inne objawy, które występują w przebiegu akromegalii, uważa F. za następowe. Wygięcie stosu kręgowego ku tyłowi jest wypływem zwiększonego ciężaru głowy i ramion; przygnębienie umysłowe daje się wytłumaczyć świadomością kalectwa i niedomogą płciową; przerost części miękkich koło powiększonych kości tłumaczy się większym dowozem krwi do przerastających kości. Ten większy dowóz krwi, będący wynikiem rozszerzenia naczyń, uważa F. za bliższą przyczynę akromegalii. Zmiany w innych organach uważa autor za przypadkowe.

Czy i jaki zachodzi związek między akromegaliją a wymienionemi zmianami, znalezionemi przez innych autorów w grasicy i *hypophysis cerebri*, F. wcale nie wspomina. (*Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge*, 1889, Nr. 329 i 330).

A. B.

Grob: **O bradykardii.**

W przeciwieństwie do tachykardii, t. j. przyspieszenia tętna, nazywa G. powolne bicie serca bradykardyją. Ostatnia może być fizyjologiczną i patologiczną. G. zestawił 100 takich przypadków własnych, a 40 z literatury, najwięcej spostrzegał ją u mężczyzn, między temi było 6 przypadków fizyjologicznych, 1 samoistny, 93 objawowych. Co do fizyjologicznego powolnego bicia serca zauważył, że są rodziny, w których serce nie uderza więcej niż 50 razy na minutę, nie sprowadzając u nich żadnych objawów chorobowych; u jednej pani widział zaledwo 36—40 uderzeń na minutę. Miała się ona zresztą zupełnie dobrze. Częste jest zwolnienie czynności serca u położnic. Olshausen szuka przyczyny tego w nagromadzeniu się tłuszczu we krwi. Samoistna łączy się z bólem głowy, dusznością, tętno może spaść wtedy do 12 uderzeń, zdaje się, że to jest nerwica serca. Bradykardyja objawowa jest bardzo częstą w przebiegu chorób zakaźnych, szczególnie podczas ozdrowin. Ze wszystkich chorób zakaźnych najczęściej po durze, ztąd tak częste po tej chorobie napady podobne do padaczkowych, zawroty głowy, mdłości,

bóle głowy, napady udarowe itp. Na 140 przypadków była bradykardyja stałą, trwałą 28 razy, 112 razy była przemijająca. (*Deut. med. Woch.*, 1888, Nr. 35). *Dr. H. K.*

Saenger (Hamburg): **Przypadek ostréj ogólnéj rakowicy.**

Pierwsze objawy, jakie u 35 letniego robotnika wystąpiły, były następujące: podwójne widzenie z powodu porażenia mięśnia odwodzącego, osłabienie wzroku aż do zupełnego oślepnięcia na prawém oku się wzmagające, powiększenie wszystkich gruczołów limfatycznych, rozszerzenie żył na dolnéj połowie mostka, w 25 dniu choroby swojéj umarł po trzy dni zaledwo trwającéj gorączce i majaczeniach. Sekcyja wykazała: guz w przedniém śródpiersiu składający się z małych guzków rakowatych, który tak był zrośnięty z żyłą bezimienną lewą, że do jéj światła sterczały jego części. W skutek tego utworzyły się przerzuty tysiączne na opłucny, wątrobie, osierdziu, jelitach, żołądku, przełyku i na oponie twardéj mózgu. (*Deutsche med. Woch.*, 1888, Nr. 46). *Dr. H. K.*

W. B. Hadden: **Zachowywanie się odruchów kolanowych w błonicy.**

Jest rzeczą dobrze znaną, że w porażeniach odnóg występujących po blonicy odruchy kolanowe są zniesione lub znacznie osłabione. H. zwraca uwagę na to, że dość często nawet w okresie ostrym blonicy, gdy istnieją jeszcze błony na migdałkach i podniebieniu miękkiém, odruchy kolanowe bywają zniesione, choć nie ma śladu porażeń. Zdaniem autora cierpi układ nerwowy w przebiegu téj choroby często, a objawia się to porażeniem rozmaitych mięśni a nawet mięśnia sercowego, albo jedynym objawem zaburzeń nerwowych jest zniesienie odruchu kolanowego. H. przypisuje temu objawowi pewne znaczenie rozpoznawcze, a w jednym niejasnym przypadku rozpoznał błonicę, gdzie obok bólu gardła i innych niepewnych objawów było zniesienie odruchów kolanowych. Oględziny pośmiertne potwierdziły to rozpoznanie. Objaw ten uwzględnić należy w rokowaniu i leczeniu. Zdaniem H. chory, który przebył błonicę, dopóty nie jest wolnym od niebezpieczeństwa porażeń, dopóki odruchy kolanowe są zniesione. (*The Lancet*, 1889, Nr. 1). *A. R.*

Farmakologija.

Kny (Strassburg): **O działaniu leczniczém hyoscynu.**

Podskórnie jako *hyoscinum muriaticum* podawano go w klinice psychijatrycznéj prof. Jollego 18 umysłowo chorym kobietom, 5 mężczyznom, przeszło 500 razy. W 80% sen po $^1/_4$ — $^1/_2$ godziny ogarniał chorych; zaledwo w 5% prób zawiódł. Uboczne objawy nie były wprawdzie nigdy zastraszające, w 6 jednak przypadkach musiano być z nim ostrożnym, u jednéj podnieconéj choréj wystąpiły zawroty głowy, nudności, bezsenność, u jednego paralityka wystąpiło typowe *delirium* kilka godzin trwające. Za radą Erba podawano go podskórnie przeciw kurczowi pisarskiemu i drżączce w dwóch przypadkach z dobrym skutkiem. Okoliczność, że nie zawsze można się spuścić na aptekarzy w przyrządzaniu rozczynów przeznaczonych do wstrzykiwań podskórnych, zmusiła K. do podawania hyoscynu wewnętrznie. W przeciągu roku podawał go w téj postaci 88 chorym około 3000 razy. Najlepiéj wtedy działał w *melancholia agitata*, w manii, w niedołęstwie porażenném, w okresie szczytu choroby, mniéj dobrze w obłędzie opilczym, psychozach padaczkowych. Zdaniem K. przyzwyczajają się do tego leku chorzy dość szybko. Najwyższa dawka, do jakiéj doszedł K., była 3mlgr. dziennie, zaczynano zwykle od $^3/_4$ — 1mlgr. na noc. Jeśli 3mlgr. dziennie wstrzyknięte okażą się bezskutecznemi, radzi K. już daléj go nie próbować. Do stosowania zaleca go ta niość, zdolność zmniejszania wydzieliny gruczołów ślinnych i potów. (*Berl. klin. Woch.*, 1888, Nr. 50). *Dr. H. K.*

† Prof. Rosenbach na podstawie licznych doświadczeń gorąco zaleca wdechanie chloroformu w chorobach serca i płuc w tych przypadkach, gdzie środki narkotyczne nie przynoszą żadnéj ulgi. Szczególnie korzystném okazało się takie wdechanie w napadach duszności u chorych na rozedmę płuc, na rzeczywistą dychawicę sercową, w napadach kaszlu u suchotników, a nawet podczas czkawki. Autor otrzymywał także bardzo dobre skutki, nacierając wrzody gruźlicze krtani rozczynem chloroformu we wodzie.

† Prof. Bozzolo zakomunikował Akademii lek. w Turynie wyniki badań klinicznych studenta Pesce nad **fenacetiną**. Fenacetina wydziela się z organizmu drogą moczu w postaci kwasu paramidofenilsiarkowego. Jest ona silnym środkiem obniżającym ciepłotę. Najlepszą dawką jest 0,5grm., po któréj obniża się ciepłota o 2—3°C., jak po zadaniu 1grm. antipyryny lub 0,25 grm. antifebryny. Obniżenie ciepłoty zaczyna się w 30—40 minut po podaniu lekarstwa i dosięga *maximum* po $5^1/_2$—8 godzinach. Nadto jest fenacetyna dobrym środkiem przeciwgośćcowym i przeciwnewralgicznym. Przyjmowana nawet w ciągu 60 dni po 3grm. dziennie nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na organizm. (*Wracz*, 1889, Nr. 1).

† *The British Medical Journal* ostrzega lekarzy przed nowym środkiem obniżającym ciepłotę, pirydyną, ze względu na jego własności trujące. Środek ten może być używany tylko w wyjątkowych przypadkach, gdy wszystkie inne środki zawiodą, a nadto tylko w bardzo małych dawkach i w znacznych odstępach czasu. (*Wracz*, 1889, 1).

† Lekarze amerykańscy leczą z dobrym skutkiem błonicę alkoholem. Tak Dr. Chapman używał tego środka w ciągu 17 lat i na 125 przypadków jeden tylko zakończył się śmiercią. (Oprócz alkoholu stosował on jeszcze chinin). Alkohol podawał on od samego początku choroby co godzina. (*Wracz*, 1889, 1).

Choroby wewnętrzne.

Prof. Ziemssen: **Sposoby fizyczne leczenia przewlekłych chorób żołądka i jelit.**

W miarę jak z biegiem czasu metoda rozpoznawania klinicznego coraz więcéj zaczęła się ulepszać a chemija na polu nauki lekarskiéj coraz szersze zakreślać koła, nikł zwolna ogromny obszar nieżytów i wrzodów żołądka a natomiast uwydatniała się coraz wyraźniéj nerwowa przyroda wielu chorób żołądka i jelit. W miarę téż tego zwracano się coraz częściéj do fizycznych metod leczenia i rozszerzono zakres ich wskazań do ogromnych już dzisiaj rozmiarów. W obręb fizycznych metod leczenia wchodzi, jak wiadomo, elektryzowanie, mięsienie, gimnastyka i dziwnym trafem tu zaliczona hydroterapija. Doświadczenia na zwierzętach pouczyły, że za pomocą prądu elektrycznego jesteśmy w stanie wywołać skurcz mięśni żołądka i jelit i że przy jednakowéj gęstości i sile prądu stopień skurczu i czas jego trwania w prostym pozostaje stosunku do wielkości przekroju elektrod i czasu działania prądu. Daléj, że tymże prądem jesteśmy w stanie zmienić pobudliwość nerwów czuciowych, wydzielniczych i naczynioruchowych i wpłynąć przez to na wydzielanie soku żołądkowego. Na dwojakiéj drodze możemy przeprowadzić prąd elektryczny na ściany żołądka a to albo za pośrednictwem nn. błędnych lub przez powłoki brzuszne. (Elektrodzie sondowéj nie przypisuje autor znaczenia). Przy bezpośredniém działaniu prądu na ściany żołądka kurczy się tenże w miejscu działania elektrody w postaci pierścienia, pionowo do podłużnéj osi jego przebiegającego i to tak pod wpływem prądu stałego jak i indukcyjnego, przy pierwszym najsilniéj na miejscu działania katody przy zamknięciu, przy drugim na miejscu bieguna dodatniego przy otwarciu prądu. Najczulszą jest okolica odźwiernika. Wydzielanie soku żołądkowego dopiero po dłuższym czasie działania prądu się zwiększa. Błona śluzowa z początku blednieje, późniéj barwi się żywo różowo. Doświadczenia te ze zwierząt na człowieka tém bardziéj przenieść możemy, ile że zostały one przez Regnarda i Loyego na skazańcu, a przez autora i innych na materyjale klinicznym sprawdzone i wypróbowane. Ponieważ siła zadziałania prądu na żołądek przez powłoki brzuszne stoi w prostym stosunku do wielkości elektrod, sporządził autor jeszcze w r. 1885 dwie elektrody o przekroju 600 względnie 500kw.cm., z których większą stosuje na ścianę brzuszną w kierunku od odźwiernika do dna, drugą zaś od dna do kręgosłupa. Prąd przy tak wielkiéj powierzchni elektrod musi być naturalnie silny i przy zamknięciu przerywanego a zmianie kierunku stałego wywoływać kurcze mięśni brzusznych i lędźwiowych.

W ten sposób elektryzując wywołuje się najpierw przyjemne uczucie ciepła i świeżości, które nawet przez pewien czas po otwarciu prądu pozostaje. Dalszém następstwem jest uczucie głodu, a chorzy, którzy całemi miesiącami uczucia

tego nie znali, po metodycznem elektryzowaniu jedzą i trawią należycie. Każde posiedzenie radzi autor zakończyć elektryzowaniem brzucha, piersi i grzbietu za pomocą suchéj szczotki, co cieleśnie i psychicznie przyjemnie pobudza i orzeźwia. Elektryzowanie przedsiębierze autor na pół godziny przed obiadem, właśnie ze względu na wzmożony po elektryzowaniu apetyt. Samo przez się rozumie się, że i przy tym sposobie leczenia na dyjetę baczne należy zwrócić oko.

Wskazania do leczenia elektrycznego stanowią w pierwszym rzędzie cały zastęp najróżnorodniejszych zaburzeń w czynności żołądka, w które neurastenija i hysteryja tak obfituje. Przeczulica żołądka na tle czynników mechanicznych powstała, a tu należą pionowe ustawienie żołądka, częściowe przyrośnięcie do otaczających go trzew brzusznych, blizny po zagojonych wrzodach itd., ustępuje pod wpływem prądu elektrycznego, mimo że czynniki te nadal istnieją. W tych przypadkach mamy do czynienia z wygórowaną pobudliwością nerwów czulnych i wydzielniczych, które już na słabe zadrażnienie, jak np. na mało znaczące błędy w dyjecie a nawet na samo trawienie, oddziaływają silnemi napadami bólów i objawami niestrawności. W przypadkach rozstrzeni żołądka nauczyło doświadczenie mniéj zawierzać prądowi elektrycznemu, jakby się to zdawało na podstawie teoretycznego zapatrywania. W razie niedowładu mięśni żołądka lub częściowego ich zaniku można jeszcze nie złych rezultatów wyczekiwać. Jeżeli jednak przyczyna rozstrzeni leży w zwężeniu odźwiernika wtedy jest jedynie ręka chirurga potrzebną.

Działanie prądu elektrycznego na jelita jest podobne do działania na żołądek. Elektrod używa autor takich samych jak do elektryzowania żołądka i stosuje silne prądy (prąd przerywany 4—5cm. odległość cewki, stały 4 M. A.). Uczucie przyjemnego ciepła podczas i po elektryzowaniu, pobudzenie ruchów robaczkowych jelit, wzmożone wydzielanie soku jelitowego a prawdopodobnie także trzustkowego i żółci są następstwem działania prądu elektrycznego. Wskazania stanowią: uczucie pełności i wzdęcia, które dla hypochondryków, neurasteników a często i dla lekarza w wysokim stopniu są nieprzyjemne, daléj także stany osłabionéj inerwacyi i częściowego zaniku mięśni i błony śluzowéj jelit, pociągające za sobą nawykowe utrudnienie wypróżnienia.

Przechodząc do masowania nie odmawia autor pewnéj wartości masowaniu żołądka w postaci silnego głaskania (*effleurage)* w kierunku od dna do odźwiernika, jakto szkoła Metzgera wykonywa. Daleko jednak większe znaczenie przypisuje autor masowaniu brzucha w przewlekłych zaburzeniach w trawieniu jelitowém i utrudnionych wypróżnieniach. Sam sposób masowania ma wielkie znaczenie. Głaskanie chociażby i silne powłok brzusznych nie wystarcza, trzeba się starać, o ile naturalnie napięcie ścian brzusznych na to zezwala, ująć i ugniatać wielkim palcem jednéj i resztą palców drugiéj ręki samo jelito. Przy najmniejszém podejrzeniu owrzodzenia lub nowotworu jelit rękoczyn ten jest naturalnie przeciwwskazany. W przypadkach niedomogi ruchowéj i wydzielniczéj jelit, wywołującéj wzdęcia, zaparcia stolca, okresowe napady kolki jelitowéj a powstającéj często na tle zwężeń w miednicy małéj i uciskania na kiszkę stolcową, masowanie w połączeniu z gimnastyką, pracą w ergostacie Gärtnera i przyrządzie wiosłowym Sachsego okazuje się bardzo skutecznem. Mechanicznie utrudniony ruch jelit przez zrosty splotów kiszek między sobą i z otaczającemi trzewami brzusznemi, lekkie zasznurowania i zgięcia jelit stanowią także wskazania do masowania.

Postępowanie termiczne, czyli t. zw. hydroterapija, jest ważnym czynnikiem w leczeniu przewlekłych chorób żołądka i jelit. Obok codziennych mokrych nacierań, jednogodzinnych zawijań w koce z następném zastósowaniem zimnego natrysku i półkąpieli o oznaczonéj ciepłocie, podnosi autor szczególnie wartość t. zw. natrysków szkockich, które jak wiadomo, składają się z natrysku zimnego i gorącego (12°—30°), naprzemian zmienianego. Właśnie zmiana ta drażnienia termicznego stosowana wprost na powłoki brzuszne wzmacnia i pobudza trzewa brzuszne.

W tekscie przytacza autor kilka bardzo pouczających przypadków, na które jednak brak miejsca w szczupłych ramach sprawozdania. (*Ziemssen klin. Vorträge.* 12. Vrtg.). *Dr. W. Momidłowski.*

Chirurgija.

Docent Landau (Berlin): **O przerywanéj puchlinie nerek.**

L. przedstawiając przed 8 laty przypadek przerywanéj puchliny nerek, *hydronephrosis intermittens*, przypuszczał, że ta choroba jest nadzwyczaj rzadką. Obecnie zmienia L. zdanie podówczas wypowiedziane, bo w ostatnich latach miał sposobność widzenia 3 podobnych przypadków, które obecnie zestawia. W jednym z nich rozpoznanie wahało się między torbielem jajnika a guzem wieńcogłówkowym wątroby; po dwukrotném nakluciu strzykawką Pravaza, które nie dało należytego wyobrażenia o przyrodzie guza, przystąpiono do operacyi. Jakież było zdziwienie, gdy tuż przed zrobieniem cięcia w powłokach brzusznych guz znikł. Myślano w pierwszéj chwili, że guz pękł, i treść jego wylała się albo do jamy otrzewnowéj albo do dróg naturalnych. Tymczasem ani jedno ani drugie nie nastąpiło, chora oddała tylko po obudzeniu się ze snu chloroformowego nie zwykłą ilość moczu. Chora zgłaszała się potém jeszcze kilka razy z wybitną puchliną nerki prawéj, która jednak każdym razem sama się wypróżniała, aż wreszcie raz, gdy nakłócie strzykawką wykazało treść ropną, przystąpił L. do wytworzenia przetoki moczowodowéj w powłokach brzusznych, z którą chora już 8 lat żyje. W innym przypadku znikła opuchlina nerki prawéj w oczach L. u kobiety ciężarnéj, w pierwszych miesiącach ciąży, wśród dalszych już się nie powróciła. Dalsze dwa przypadki nie przedstawiają nic szczególnego. L. zastanawiając się nad możliwą przyczyną przerywanéj puchliny nerek, przypuszcza zgięcie, skręcenie i kątowate przyczepienie się moczowodu, sprzeciwia się stanowczo twierdzeniu Küstera, który utrzymuje, że przyczyną puchliny nerek jest ropne zapalenie miedniczek nerkowych z następowém wpochwieniem się błony śluzowéj moczowodu, gdyż we wszystkich swoich przypadkach mógł L. przez nakłucie robione w pierwszych okresach tworzenia się puchliny, wykazać czystą treść guza. W rzadkich tylko przypadkach może się sprawdzić zapatrywanie Virchowa, jakoby istniała przeszkoda w budowie błony śluzowéj moczowodu w postaci jéj fałdu, klapa ta bowiem zatkawszy raz ujście moczowodu do pęcherza nie pozwoliłaby nigdy na wypróżnienie się guza, można zatém myśleć o niéj tylko w puchlinie nerek stałéj. L. zastanawiając się w dalszym ciągu nad leczeniem téj choroby poleca założenie przetoki moczowodowéj w powłokach brzusznych i następowe sondowanie moczowodu po dostateczném zmniejszaniu się worka puchlinowego. Doświadczał on sposobu tego trzy razy, w dwóch wynik był dobry. (*Berl. klin. Woch.* 1888, Nr. 47 i 48). *Dr. H. K.*

R. W. Butz: **Przyczynek do statystyki laparatomii w Rosyi.**

Autor zestawia operacyje wykonane w ciągu r. 1884 przez Dra Reiera w chirurgicznym oddziale Maryjskiego szpitala w Petersburgu. Wykonano mianowicie 13 laparatomij: w czterech przypadkach wycięcia torbieli jajnikowych, przyczém tylko jedna operowana umarła po kilku dniach z gruźlicy: trzy przypadki wycięcia torbieli skórzakowych, z których jeden z wynikiem śmiertelnym z powodu zapalenia otrzewny; dwa przypadki myomotomii z zupełném wyzdrowieniem; jeden przypadek hysteromyotomii całkowitéj z wynikiem śmiertelnym z powodu gnilnego zapalenia otrzewny; jeden przypadek wyłuszczenia włókniaka więzu szerokiego; wreszcie jeden przypadek niezupełnego wycięcia nowotworu jajnika, w tym przypadku nastąpiła śmierć z powodu nawrotu. (*Chirurgiczeskij Wiestnik* 1888, str. 682). *A. W.*

P. J. Multanowski: **O operacyjach wrośniętego paznokcia.**

W celu usunięcia przykrego wrastania paznokci, zwłaszcza u nóg, używa się albo paliatywnych środków jak wypalenia, środków ściągających, podkładania waty itd. lub doszczętnych tj. częściowego lub całkowitego zdjęcia chorego paznokcia. Autor podaje sposób, jakiego używał z doskonałym skutkiem przy usuwaniu chorego paznokcia, nawet wówczas, gdy tylko jedna jego strona była zajętą. Wprowadzał on mianowicie zwykłą łopatkę pod paznokieć, tuż pod wewnętrzną jego powierzchnię koło linii środkowéj. Następnie

przesunął łopatkę do brzegu chorego, a ztąd do zdrowego. Ten ostatni przytrzymywał silnie wielkim palcem prawéj ręki i wyważał paznokieć od zdrowego brzegu ku choremu. Operacyja ta rozpada się zatém na 4) momenty: 1) Wpychanie łopatki ku macicy paznokcia, 2) przesunięcie ku choremu brzegowi, 3) ku zdrowemu i 4) wyważenie od zdrowego ku choremu brzegowi. Zalety tego sposobu są następujące: 1) szybkość wykonania nadzwyczajna, 2) prostota przyrządów, 3) brak krwawienia, 4) łatwość zalapisowania obu brzegów w celu usunięcia na zawsze wrastania paznokcia i 5) wygodne usunięcie paznokci zwyrodniałych w postaci kopyt lub szponów. (*Wracz* 1888, Nr. 50). *A. W.*

Walzberg (Minden): **Przyczynek do dyjagnostyki guzów w jamie brzusznéj.**

Przypadki, które W. opisuje, należą niewątpliwie do rzadkich. Jedynie Aronson w swojéj rozprawie inauguracyjnéj opisuje przypadek, w którym w przebiegu duru brzusznego przyszło do zropienia torbiela jajnika. W. miał sposobność spostrzegać taki przypadek przez cały ciąg duru, po skończonéj chorobie wykonał owaryjotomiję, zakończoną całkowitém wyleczeniem choréj. W jednym przypadku, w którym rozpoznanie było niepewne, wykonał nakłucie guza w jamie brzusznéj; wypuścił do 100 gr. płynu w celu badania chemicznego i drobnowidowego. Nazajutrz po nakłuciu zauważono wybitną żółtaczkę, guz znikł, natomiast można było przez badanie fizyczne wykazać wolny płyn w jamie brzusznéj. Nie ulegało wątpliwości, że wylała się treść torbiela do jamy brzusznéj, zmieszana z krwią ulegała resorbcyi i sprowadziła żółtaczkę (*icterus haematogenes*). W 4 tygodnie potém guz wrócił, wykonano owarijotomiję, poczém chora stanowczo wyzdrowiała. Szczególnie ciekawy jest trzeci przypadek. W dwa miesiące po wycięciu mięśniaka śródmiąższowego trzonu macicy wystąpiły objawy *poliomyelitis anterior subacuta* (rozpoznana przez neuropatologa); choroba jednak rdzenia nie postąpiła (od r. 1884) lecz skończyła się zupełném wyzdrowieniem po odpowiedniém leczeniu elektryczném. Ponieważ kiłę, chorobę zakaźną, przeziębienie i inne zwykłe przyczyny *poliomyelitis* na pewne można było wykluczyć, przypuszcza W. jakiś związek między obydwiema sprawami, którego jednak nie podaje; zostawia to neuropatologom do rozstrzygnięcia. (*Berl klin. Woch.* 1888, Nr. 50). *Dr. H. K*

W. Roger Williams: **Jak długo trwa życie w obec raka sutka.**

Astley Cooper zajmując się tą kwestyją przyszedł do przekonania, że rak sutka zabija przeciętnie po czterech latach trwania. Paget natomiast jest tego zdania, że u osób, które się poddały operacyi, życie trwa 38·5 miesięcy, podczas gdy osoby nieoperowane umierają już w 29tym miesiącu choroby. Will. zestawia statystykę chorych, leczonych w ostatnich sześciu latach w Middlesex Hospital, z któréj wynika, że osoby cierpiące na raka sutka i operowane z tego powodu żyją średnio 60·8 miesięcy, podczas gdy chore, które się nie poddały operacyi, żyją tylko 44·8 miesięcy. W ogóle rak sutka zabija względnie późno, mniéj lub więcéj tak pózno jak rak wargi dolnéj, podczas gdy życie w raku języka trwa przeciętnie 18 miesięcy, przy raku macicy 24 miesiące, a w raku odbytnicy 27 mies. W tablicach statystycznych, które autor do pracy swéj dołącza, znajdujemy dokładniejsze zestawienie sześćdziesięciu przypadków. W trzech nieoperowanych przypadkach nastąpiła śmierć przed upływem sześciu miesięcy, w jednym, w którym wykonano operacyję, życie trwało 27 miesięcy. Ciekawe również jest statystyczne zestawienie 46ciu przypadków operowanych, ze względu na czas pojawienia się nawrotu choroby. W trzech przypadkach wystąpił nawrot przed upływem trzech miesięcy, w ośmiu przypadkach upłynęło więcéj niż 52 mies. od operacyi do nawrotu. Przeważną ilość nawrotów zauważono w 1szym i drugim roku po rękoczynie. W powyższéj statystyce miesiąc ma 28 dni. (*The Lancet* II. 1889). *A. R.*

Choroby krtani.

O'Dwyer (New-York): **O intubacyi krtani.**

Ponieważ z różnych stron różne ogłoszono doniesienia o sposobie Dwyera, widzi się autor nowego postępowania w obec zwężeń w krtani zmuszonym do ogłoszenia wyników w niemieckiém czasopiśmie. Jeszcze w lipcu z r. zebrał Brown 27% uratowanych chorych na 860 przypadków leczonych przez 65 operatorów intubacyją, Waxham w Waszyngtonie 26%; w tym samém mieście mieli niektórzy na 30 przypadków zaledwo jeden korzystny. Te odmienne wyniki nie powinny nikogo odstraszyć, zdarzają się i najbieglejszym chirurgom seryje przypadków, w których nacięcia tchawicy nie wiele korzystniéj wypadają; on sam miał 15 przypadków dławca krtani, gdzie ani jeden się nie utrzymał przy życiu, mimo dość wcześnie wykonanéj tracheotomii. Na podstawie wielkich statystyk przypada zaledwo 24% utrzymanych przy życiu po tracheotomijach. Statystykę intubacyi obciąża jeszcze i to, że wykonywa się ją wtedy, kiedy już tracheotomii wykonać nie można: D. radzi ćwiczyć się poprzednio na trupie w wprowadzeniu rurek właściwych. Jeśli bowiem ktoś należytéj wprawy poprzednio na trupie nie nabędzie, tak aby wprowadzenie ich nie trwało więcéj niż 5 sekund, to niejedno dziecko padnie ofiarą niedoświadczenia, zanim jedno zostanie uratowane. Sam D. przyznaje, że nacięcie tchawicy, wykonane przez początkującego, jest dla chorego o wiele bezpieczniejsze niż wykonanie intubacyi przez tego samego lekarza początkującego. Ważną okolicznością obciążającą intubacyję jest ta okoliczność, że jeżeli dziecko umrze **wśród nacięcia tchawicy, wina nie tak duża spada na** lekarza, jak gdy dziecko umrze wśród intubacyi; gmin powiada, „że lekarz dziecko zadusil". (*Deutsches med. Woch.* 1888, Nr. 46). *Dr. H. K.*

Choroby oczne.

M. Migaj: **Mięsienie w chorobach oczu.**

Dzięki Dondersowi (1872) mięsienie zostało wprowadzone do praktyki oftalmicznéj. H. Pagenstecher głównie był zwolennikiem mięsienia w terapii ocznéj. Na niego to, jako też na Hünerfautha, Schenkla, Danzigera, Heisratha itd. powołuje się nasz autor, który miał sposobność zastosować mięsienie oczu u 97 młodych szeregowców. Wyniki jego są następujące: 1) Mięsienie powinien robić sam lekarz. Najlepiéj mięsić środkowym palcem, którego koniec jest szerszy niżli wskaziciela. Mięsienie robi się 2 razy dziennie przez 1—6 minut: przy zmętnieniach rogówki, wylewie krwi i ropy do komórki oka. 3) Mięsienie bywa trojakie: suche, wilgotne i farmaceutyczne. Przy pierwszém odbywa się tylko palcem, bez wkładania środków do worka spojówkowego. Przy drugiém wkładamy do spojówki jakiś tłuszcz, najlepiéj tran. Chcąc zastosować 3ci rodzaj mięsienia, używamy maści z żółtéj rtęci, jodoformu, jodolu, jodku potasu i t. p. 4) Przy wylewach krwi i ropy do komórki przedniéj oka skuteczniéj od wszystkich innych środków działa wilgotne mięsienie, wessanie odbywa się dość szybko. Przy owrzodzeniach i zmętnieniach rogówki mięsienie wilgotne niczém się nie różni od innych środków drażniących. 5) Przy tych ostatnich pożyteczniéj używać mięsienia farmaceutycznego. Lecznicze jego działanie M. tłumaczy wpływem wilgotnego przytém mięsienia oraz drażniącém działaniem leków. 6) Przy zapaleniach rogówki mięsienie pogarsza tylko stan choroby oka. 7) M. ani razu nie widział tych świetnych i prędkich rezultatów mięsienia, o jakich wspominają H. Pagenstecher i Schenkl. Dla wessania plam rogówki potrzeba robić mięsienie dość długi czas: od 8—10 miesięcy, poczém pacyjenci opuszczali lazarety zawsze z łekkiém jeszcze zmętnieniem błony rogowéj. Zauważył nawet autor, że przy znaczniejszych zmętnieniach rogówki, mięsienie oka z czasem zaczyna okazywać mało skuteczności, rogówka, że się tak wyrazić, przyzwyczaja się do mięsienia, a następnie łatwo można wywołać zapalenie rogówki, a nawet rozmiękczenie plamy. W takich razach pożytecznie jest naprzemian stosować mięsienie z innemi drażniącemi środkami. 8) Przekrwienie spojówki zwykle bywa po mięsieniu nieznacznem, objawia się ono czasem dość prędko. (*Wracz* 1888, Nr. 48 i 49). *Dr. J. Talko.*

Choroby uszne.

Prof. Zaufal (Praga): **O prątku Friedlaendera jako przyczynie ostrego zapalenia ucha środkowego.**

Już w r. 1887 był autor w stanie wykazać prątek F. jako czystą hodowlę w wydzielinie wydobytéj przez prze-

kłucie błony bębenkowéj w przypadku ostrego pierwotnego zapalenia ucha środkowego. Pytanie, czy prątek Fr. może sprowadzić zapalenie ucha środkowego, można uważać za rozstrzygnięte dodatnio, odkąd Weichselbaum w Wiedniu w przypadku, w którym ten prątek stanowczo wywołał najprzód *rhinitis*, następnie *otitis media*, zapalenie okostny wyrostka sutkowego, zapalenie tkanki łącznéj podskórnéj szyi a narzeszcie zakażenie ogólne, był w stanie wykazać drobnowidowo wspomniany prątek w zapaleniem dotkniętéj tkance błony bębenkowéj. Dalszemu wymaganiu bakteryjologii, aby można było wywołać ostre zapalenie ucha środkowego za pomocą czystéj hodowli tego drobnoustroju, przeniesionéj na błonę śluzową jamy bębenkowéj u zwierząt, uczynił również Z. w ostatnim czasie zadosyć przez przeszczepianie na błonę bębenkową świnek morskich. Na posiedzeniu Towarz. lek. niem. w Pradze z d. 26 października br. opisał Z. szczegółowo własności morfologiczne i chorobotwórcze tego prątka i okazał odpowiednio preparaty drobnowidowe i dotyczące rysunki. (*Internat. klin. Rundschau*, 1888, Nr. 46). *Dr. R. Spira.*

Położnictwo.

Nikitin: O sposobach cucenia pozornie umarłych noworodków.

Autor podaje krótki rys obecnego stanu téj kwestyi z dołączeniem swoich własnych doświadczeń, robionych w tym kierunku. Najstarszym, prawie przedhistorycznym jeszcze sposobem jest ożywianie pozornie umarłych noworodków za pomocą wdmuchiwania powietrza do płuc, albo wprost ustami albo téż za pomocą rurki. Autor używa nieco odmiennego sposobu; wprowadza on rurkę tylko do korzenia języka i, naciskając nią język, ułatwia dostęp powietrza do płuc; po kilkakrotném wdmuchiwaniu przy zamkniętych nozdrzach zamyka ręką na pewien czas i otwór ustny dziecka. Przed wdmuchiwaniem oczyszcza jamę ustną palcem i wyciąga ciała obce, wysysając je za pomocą rurki. Drugim sposobem ożywiania, który jest rozpowszechnionym, lecz w ostatnich czasach wywołał niektóre zarzuty, jest sposób Schultzego, który jest prawdziwie heroicznym. Nadto trzeba przy tym sposobie wykonać do 50 wahań, ażeby otrzymać wynik zadowalający, podobne zaś silne ruchy mogą być szkodliwemi dla organizmu dziecka i w niektórych razach sekcyja wykazała uszkodzenie narządów wewnętrznych. Ostatecznie przychyla się on do wdmuchiwania, połączonego ze sposobem Schultzego, tak że przed wdmuchiwaniem robi się jeden wydech metodą Schultzego, a po oczyszczeniu jamy ustnéj wdmuchuje się powietrze. (Żurnał akuszerstwa i żenskich boliezniej. T. III, Nr. 1). *A. W.*

Choroby dzieci.

Prof. Jaksch (Grac): O chorobach nerek u dzieci.

Uproszony przez komitet zjazdu ostatniego niemieckich lekarzy, referował J. razem z prof. Hagenbachem o cierpieniach nerek u dzieci. W wykładzie swoim poruszył J. następujące kwestyje:

Czy istnieje u dzieci podobnie często jak u starych białkomocz z gorączki (*albuminuria febrilis*)? Podczas gdy będąc jeszcze asystentem w klinice Nothnagla znajdował w 35% przypadków biako w moczu w przebiegu gorączki u starszych osób, to obecnie u dzieci mógł je w 19% tylko wykazać. Przyczynę tego niestosunku na korzyść dzieci upatruje J. w szkodliwościach, na jakie narażają starsi ludzie swoje nerki (wyskok), które niewątpliwie sprowadzają zmiany patologiczne w przybłonkach cewek.

Podczas gdy u ludzi starszych zapalenie nerek ostre, rozwijające się po przeziębieniu skóry, zazwyczaj przechodzi w stan przewlekły, to na podstawie własnego doświadczenia twierdzi J., że podobne zapalenie nerek z przeziębienia u dzieci zdarzać się może, że jednak kończy się po jednorazowém nasileniu, nie wracając nigdy. Przypadki takie są rzadkie, ale się zdarzają. Sam J. widział 4 tego rodzaju przypadki. W moczu tych dzieci można było zawsze wykazać mikroorganizmy, jednakowoż nie takie, aby je można uważać za choroborodne. W dalszym wywodzie utrzymuje J., że prątki, jakie Letzerich wykazał w swoich przypadkach *nephritis infectiosa*, nie są jedynemi, które zapalenie ostre nerek u dzieci wywołać mogą.

Jeżeli u dziecka w przebiegu gorączki zjawia się białko w moczu, wstrzymujemy się zazwyczaj od podawania nowszych leków przeciwgorączkowych (kwas salicylowy, salol, antifebryn, talina), które zawierają składniki, działające szkodliwie na nerki. Jdąc za radą J. robił w tym kierunku badania asystent jego Schrack i przekonał się, że ilość białka w moczu dzieci dotkniętych białkomoczem wcale się po tych lekach nie zwiększa; co się tyczy salicylanu sodowego, to zdaje się J., jakoby przez podawanie go w przebiegu płonicy nietylko choroba sama łagodniéj i korzystniéj przebiegała, ale że nawet już rozwinięte zapalenie nerek popłonicowe prędzéj i pomyślniéj się kończyło. (*Deutsche med. Woch.*, 1888, Nr. 40 i 41). *Dr. H. K.*

Choroby kiłowe.

Ziemssen: Kiła układu nerwowego.

Liczne prace w ostatnich dwóch dziesiątkach lat starały się bliżéj wyjaśnić stosunek i znaczenie kiły dla układu nerwowego. Wyniki tych prac zbiera autor w jednym ze swych wykładów. Mózg i rdzeń z ukrywającemi je błony jak również cały układ nerwów obwodowych mogą być siedzibą zmian kiłowych.

W mózgu zmiany te usadawiają się w oponie twardéj i miękkiéj, w naczyniach i w saméj istocie mózgowéj. Zapalenia kiłowe opon przedstawiają obraz rozlanego przewlekłego zapalenia a charakterystyczne objawy stanowią ból głowy z największém wśród nocy nasileniem, bezsenność, niezdolność myślenia, osłabienie pamięci, halucynacyje i iluzyje i ogólne podniecenie. Jeżeli późniéj tworzą się kilaki na oponach, do tych objawów przyłącza się jeszcze częściowe i całkowite porażenie połowicze lub monoplegije stosownie do tego, gdzie kilaki na oponach się usadowiły. — Kilaki w saméj istocie mózgowéj wywołują najrozmaitsze objawy stosownie do usadowienia się, a więc porażenie ruchu i czucia, zaburzenia w mowie, osłabienie pamięci i inteligencyi, napady epileptoidyczne i udarowe, ból głowy. Zbiór objawów kilakami mózgowemi wywołanych nie ma nic charakterystycznego i odrębnego od obrazu klinicznego na tle innych nowotworów w mózgu się rysującego i rozpoznanie kilaków tylko po wykazaniu przebytéj kiły jest możebne. Zmiany kiłowe w naczyniach mózgu nazwą *endarteriitis syphilitica* objęte mają się według autora usadowiać przeważnie w obrębie tęt. podstawowéj i naczyniach kory mózgowéj, podczas gdy t. z. zmiany starcze po większéj części obszaru tęt. zatoki Sylwiusza się trzymają. Z uwagi, że tętnica podstawowa mózgu wysyła gałązki do rdzenia przedłużonego, mostu Warola i móżdżku, objawy przy jéj zwężeniu lub zamknięciu często są bardzo gwałtowne i zawsze niebezpieczne. Zaczopowanie tych gałązek wywołuje zaburzenia w oddychaniu, połykaniu, artykulacyi mowy, czynności serca, regulacyi ciepła, sprowadza polyuryję i porażenia dróg ruchowych. Stosunek kiły do porażenia ogólnego postępowego trudno dziś jeszcze ściśléj określić, tyle jednak zdaje się być pewném, że kiłą dotknięci stanowią przeważny procent w szeregu paralityków. Aby jednak kiła więcéj do porażenia ogólnego usposabiała aniżeli wybryki *in Baccho et Venere*, nie zdaje się być prawdopodobném. W kwestyi przez Fourniera zaprowadzonego podziału porażenia ogól. postęp. na rzeczywiste i pseudoporażenie kiłowe stoi Z. po stronie autorów niemieckich, podział ten odrzucających.

W rdzeniu pacierzowym zmiany kiłowe podobnie jak w mózgu zająć mogą opony i sam rdzeń. W pierwszym przypadku powstaje obraz kliniczny zwykłego przewlekłego zapalenia opon rdzenia pacierz. i jedynie równocześnie w mózgu objawiające się zmiany kiłowe mogą uwydatnić rozpoznanie właściwéj natury tego zapalenia. Kilaki opon rdzeniowych należą do rzadkości, podobnie jak kilaki i w ogóle kiła kręgów. Zwyrodnienia naczyń rdzeniowych są także znane i opisane. W saméj istocie rdzenia sprawa kiłowa wywołuje zmiany zapalne, które według Rumpfa tem od niekiłowych mają się różnić, że nie prowadzą do ropienia i rozmiękczenia i przedstawiają raczéj obraz kliniczny nowotworu

rdzenia a więc objawy podrażnienia a następnie częściowego porażenia. Względem znaczenia kiły w etyjologii uwiądu rdzenia autor podziela zdanie badaczy, przyznających jéj ważną rolę w tym kierunku.

Nerwy obwodowe mogą być także sprawą kiłową dotknięte. Znane są kilowe zapalenia nerwów, nerwobóle, neuralgije głowy, zwłaszcza w pewnéj ściśle określonéj okolicy; n. wzrokowy nie rzadko jest także siedzibą kiły.

Rokowanie w kile układu nerwowego, zwłaszcza we wczesnych okresach, nie jest co do życia niepomyślne, gorsze jednak co do zupełnego wyzdrowienia.

Leczenie przeciwkiłowe należy w każdym przypadku podejrzanéj nawet tylko kiły stosować, a jako środek próbny jod może oddać bardzo dobre usługi. (Volkmanna *Klin. Vorträge*). *Dr. W. Momidłowski.*

Choroby nerwowe.

Benedict: **Torticollis (szyja skośna).**

Przyczyna powstania téj choroby dwojaka a bardzo różna pod względem znaczenia, rokowania i sposobu leczenia. 1. Zmiany anatomiczne ogniskowe w ośrodkach nerwowych, np. po udarze mózgowym. 2. Jeżeli tę przyczynę można wykluczyć, to prawie zawsze B. uważa szyję skośną za nerwicę odruchową. Ale ognisko odruchu nie zawsze daje się wykryć. Ponieważ zmiany są obustronne, po jednéj skurcz i przerost mięśnia, po drugiéj porażenie i zanik, więc źródło choroby musi być ośrodkowém. Odruchy patologiczne, które pochodzą z obwodowych nerwów czuciowych, wtenczas tylko pojawić się mogą, jeżeli te nerwy równocześnie nie są zajęte bólem dobrowolnym, np. newralgiją. Dla czego jednak mimo nieprzerwanego związku między nerwem czuciowym obwodowym a istotą szarą nie powstaje zawsze odruch po podrażnieniu, pozostawia B. rozstrzygnięciu fizyjologów. Daleko więcéj zajęcia budzi sposób leczenia téj choroby, tak często świetnym uwieńczony skutkiem. W przypadkach świeżych: injekcyja podskórna 2% kw. karbol. w okolicy mięśnia zajętego, galwanizacyja, faradyzacyja, pomazanie nastojem jodowym. W przypadkach zadawnionych, lub jeżeli poprzednie środki zawodzą, poleca B. gorąco operacyję: naciągnięcie nerwu odpowiedniego, a dopiero teraz skutkują poprzednie zabiegi. Wreszcie wskrzesza B. dawniéj poleconą metodę leczenia kurarą, nietylko w obec szyi skośnéj lecz i w innych postaciach kurczowych, jak *Blepharospasmus*, *Tic douloureux*, *Chorea major*, w niektórych przypadkach uporczywego dzwonienia w uszach, które ma pochodzić od kurczu mięśnia napinającego błonę bębenkową. (*Wien. med. Presse*, 1889, Nr. 4). *Dr Buzdygan.*

Medycyna sądowa.

Prof. Olshausen: **O trwaniu ciąży ze stanowiska sądowo-lekarskiego.**

Gdy w Cesarstwie niemieckiém zanosi się na ułożenie nowego kodeksu cywilnego, Towarzystwo położniczo-ginekologiczne w Berlinie w obecności prawników kompetentnych zastanawiało się nad kwestyją powyższą. Olshausen przedstawił rzecz, o którą się rozchodzi. §§ 1467 i 1572 projektu wspominają o „czasie zastąpienia", co wychodzi na jedno o trwaniu ciąży. Dziecko ślubne uważa się za małżeńskie, jeżeli poczęte zostało śród małżeństwa, chyba jeżeli małżonek wypiera się spółkowania w terminie, który projekt ustawy oznacza między dniem 180 a 300ym; i dla wdów termin nie trwa nad dzień 300ny, podczas gdy w prawie pruskiém dotąd oznaczony jest dzień 302i. Za dziecko żywo urodzone uważa się takie dziecko, które oddychało, bez względu na to, czy jest zdolném do życia. Otóż nie ulega wątpliwości, że dziecko urodzone w 180 dni po poczęciu, może oddychać, ale i dzieci urodzone po 170 a nawet po 160 dniach oddychać mogą, termin więc poczęcia dla żywo urodzonych dzieci oznaczono za późno. Inaczéj miałaby się rzecz, gdyby chciano uwzględnić zdolność do życia; wtedy termin dni 180 okazałby się za krótkim, ponieważ nieznany jest przypadek, aby dziecko urodzone w 26 tygodni po poczęciu, utrzymało się przy życiu. Lecz prawodawca pomija w zupełności zdolność do życia, ponieważ zdania co do zdolności do życia są bardzo sprzeczne, a pozostawiłoby się znawcom zupełną dowolność. Granica górna (dni 300) jest za krótka, bo nie ulega wątpliwości, że zdarzają się przypadki ciąży, trwającéj dni 310, a nawet 320. Takie same wyjątki zdarzają się u klaczy i krów: u pierwszych ciąża zwykle trwa dni 300 do 340, a wyjątkowo 365, u ostatnich zwykle 280, a wyjątkowo 321. Z tych powodów radzi O., aby zamiast dni 180 i 300 oznaczono w kodeksie dni 160—165 i 320—325. (*Centr. f. Gynäk.*, *W. med. Bl.*, 1889, Nr. 3). *L. B.*

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 grudnia 1888 r.

Przewodniczący Dr. Ziembicki. Obecnych członków 30.

Od sekretarza kol. Wiczkowskiego otrzymujemy następujące uzupełnienie (p. Nr. 6 Przegl. Lek. str. 71).

Kol. Pisek zaznacza, że stan, który dla jednego indywiduum już jest chorobliwym, dla drugiego należy jeszcze do objawów normalnych. Dotyczy to przedewszystkiém pojęcia „zatkania stolca". Stąd i zasada terapeutyczna, aby w leczeniu zaparcia stolca ściśle indywidualizować. Że istotnie zatkanie stolca w bardzo wielu przypadkach nie sprowadza złych następstw widać i ztąd, że przy obdukcyjach nader wyjątkowo napotykamy zmiany zapalne w zgięciach jelita grubego, pomimo że chroniczne zaparcie stolca, nawet u chorych szpitalnych, należy do objawów nadzwyczaj częstych. Niestosunek ten jest zbyt rażący, iżby mógł być pominiętym. Następnie wyjaśnia kol. Pisek znaczenie zaparcie stolca w błednicy, która często ustępuje, skoro wypróżnienia zostały uregulowane, bez użycia środków żelezistych. Wreszcie uzupełnia kol. P. wykład kol. Cz. przytaczając szereg innych metod, poczęści mechanicznych, usuwających zatkanie stolca.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 3cie z dnia 16 stycznia 1889 r.

Przewodniczący kol. Paszkowski. Członków obecnych 32.

1) Przewodniczący wita zgromadzonych dłuższą przemową, składając imieniem Towarzystwa ustępującemu prezesowi i wydziałowi podziękowanie za trudy około Towarzystwa położone. W następstwie porusza również kwestyję prowadzenia dyskusyi nad odczytami, któraby uczyniła zadość jednemu z głównych celów Towarzystwa, t. j. dała sposobność odniesienia korzyści naukowych, szczególnie młodszym kolegom. Na zakończenie dziękuje zgromadzonym za zaufanie i jednomyślność, z jaką go na przewodniczącego obrali.

2) W miejsce zapowiedzianego odczytu kol. Browicza mówi kol. Krokiewicz „O niedrożności jelit u płodów". (Rzecz ta niezadługo umieszczoną będzie w Przeglądzie Lek.).

W dyskusyi oznajmia kol. Obaliński, że przed 2ma tygodniami operował chorego, u którego uchyłek Mekella drożny dla palca wskazującego, a około 7—8 ctm. długi, od górnéj części jelita biodrowego do pierścienia pępkowego dochodzący i z nim ściśle złączony, dał powód do okręcenia się około niego pętli jelita cienkiego. — Kol. Rydygier operował 10 dniowe dziecko, u którego skutkiem przebytego w łonie matki zapalenia otrzewny nastąpiło zamknięcie światła kawałka jelita. Część tę kol. Rydygier wyciął; dziecko zabiegu nie wytrzymało i zmarło w parę godzin po operacyi. — W ożywionéj nadzwyczaj dyskusyi biorą jeszcze udział kol. Mars, Browicz, Porębowicz, przewodniczący i prelegent.

Skutkiem spóźnionéj pory zapowiedziane odczyty koll. Pieniążka i Obalińskiego odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz *Dr. Bukowski.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Rozporządzenie Ministerstwa sprawiedliwości z d. 11 grudnia 1888 r. L. 21459

W sprawie rozpowszechnienia obowiązkowéj rewakcynacyi, względnie wakcynacyi we wszystkich zakładach karnych.

Ze względu na wielkie niebezpieczeństwo, które przy wybuchu ospy w zakładzie karnym, gęsto zaludnionym, wywołane zostaje tak dla karańców, jakotéż dla urzędników i dozorców,

a wreszcie dla otoczenia zakładu, na podstawie orzeczenia Najwyższéj Rady zdrowia Ministerstwo sprawiedliwości rozporządza co następuje:

1. Odtąd każdy karaniec przybywający do zakładu, jeżeli tylko stan zdrowia jego na to zezwala, ma być zaraz poddany szczepieniu, a jeżeli już był szczepiony, rewakcynacyi.

2. Do szczepienia i rewakcynacyi używać należy wyłącznie limfy zwierzęcéj.

3. Śród szczepienia i rewakcynowania należy trzymać się ściśle przepisów antiseptyki.

4. Jeżeli w miejscu, gdzie znajduje się zakład kary lub w jego otoczeniu, ospa występuje epidemicznie, wszyscy karańcy w zakładzie znajdujący się, którzy przy wstępie nie zostali szczepieni lub rewakcynowani, jakotéż wszystkie osoby w zakładzie służbę pełniące, poddać się winni szczepieniu a względnie rewakcynacyi.

Śmiertelność dzieci kiłowych. Le Pileur (Paryż) wykazuje, że śród ludności paryskiéj 14% ciężarnych jest zarażonych kiłą, oraz że ze 100 dzieci urodzonych z matek kiłowych zaledwie 7 pozostaje przy życiu. Na 64,657 noworodków rocznie w Paryżu 9051 pochodzi od matek kiłowych, a z tych bywa 8418 poronionych lub martwo urodzonych. Rocznie ginie najmniéj 13% dzieci. *Gazette Médicale* nie zgadza się wszakże z tą statystyką. (*The Lancet* 1889, Styczeń). *Dr. Smoleński.*

(†) Prof. Mallet zbadał działanie przymięszanego często do chleba ałunu na organizm i uznał go za szkodliwy. Ałun, ulegając rozkładowi wobec fosforanu wapna i dwuwęglanu sodu, również przez piekarzy używanych, zamienia się zdaniem Malleta we wodnik i fosforan glinowy, a oba te połączenia przeszkadzają trawieniu, pochłaniając wolny kwas solny i strącając nietylko pepsynę, lecz i niektóre organiczne składniki pokarmów.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 lutego. Na posiedzeniu d. 8 b. m. odbytém Wydział lekarski na wniosek dziekana uchwalił jednogłośnie prosić Ministerstwa Oświecenia o systemizowanie w Wydziale zwyczajnéj katedry higijeny i wyposażenie zakładu, odpowiednio do wymogów tegoczesnych. Podobno p. Minister już dawniéj, mając sobie zwróconą uwagę na brak zakładu higijenicznego w Galicyi, miał oświadczyć gotowość urządzenia zakładu, jeżeli się znajdą kandydaci, zdolni do kierowania takowym. Wydział w przedstawieniu swojém nie omieszka wskazać, że obecnie mamy kilku młodszych lekarzy, specyjalnie higijeną zajmujących się i w świecie naukowym już zaszczytnie znanych, a nie wątpimy, że p. Minister, który tyle już złożył dowodów życzliwości dla kraju i uniwersytetu naszego, zechce uczynić zadość prośbie Wydziału i zaskarbi sobie ponownie wdzięczność kraju. W każdym razie atoli, jakikolwiek będzie los tego przedstawienia, Wydział wywiązał się z ważnego obowiązku i sprawy téj już z oka nie spuści.

* Rada m. Krakowa na posiedzeniu w d. 7 bm. odbytém uchwaliła założenie „pracowni chemicznéj m. Krakowa“ celem zaprowadzenia dokładnéj kontroli pokarmów i wyrobów przemysłu chemicznego; pracownia istnieć będzie przy Muzeum techniczno-przemysłowém; chemik miejski pobierać będzie 840 złr. rocznie oraz połowę należytości za badania płatne, podlega on fizykowi miasta; do nadzoru pracowni ustanowi się komisyję, w skład któréj wchodzić będzie delegat komisyi sanitarnéj, delegat komisyi przemysłowéj, dyrektor muzeum, fizyk miejski i osoba zawodowa z poza grona Rady. Na urządzenie pracowni wyznacza się jednorazowo 1140 złr., na utrzymanie pracowni zaś 1500 złr. na rok pierwszy, na przyszłość koszta utrzymania pracowni uchwalać będzie Rada na wniosek sekcyi V.

* Bawił tu przez dni kilka kol. Chłapowski z Poznania, członek redakcyi „*Nowin Lekarskich*“, których właśnie wyszedł Nr. 2, pod względem doboru treści i redakcyi w niczém nie ustępujący Nrowi 1.

* Dr. Odo Bujwid z Warszawy miał wczoraj w sali ratuszowéj w obec licznie zebranéj publiczności na korzyść bratniéj pomocy uczniów Uniw. Jagiell. wykład na temat: „Mikrobija w usługach lecznictwa, leczenie wścieklizny sposobem Pasteura“.

* Pewien obywatel tutejszy zajmuje się hypnotyzowaniem podobno urządza jakieś posiedzenia z demonstracyjami hypnotycznemi, a chodzą wieści, że do tych doświadczeń używa uczniów, mieszkających u niego a przez nieobecnych rodziców w opiekę mu powierzonych. Wprawdzie dowiadujemy się, że władze odpowiednie mają sobie już zwróconą uwagę na tego niepowołanego hypnotyzera, i nie wątpimy, że spełnią energicznie obowiązek swój, jeżeli sprawdzą, że rzecz się ma w istocie tak, jak głoszono, i przedewszystkiém uchronią dzieci małoletnie od prób, które zdrowiu ich fizycznemu i umysłowemu szkodzić mogą. Gdy wątpliwości już nie ulega, że doświadczenia hypnotyczne dla organizmu wcale nie są obojętne, władze polityczne w niektórych miastach niemieckich słusznie zakazały podobnych prób, przez nielekarzy robionych. U nas, o ile wiemy, podobne zakazy jeszcze ogłoszone nie zostały, jednak istnieje paragraf kodeksu karnego, pod który w danym razie niepowołane takie doświadczenia podciągnąć można. § 343 k. k. z r. 1852 orzeka bowiem: „Kto, nie otrzymawszy wykształcenia lekarskiego i bez upoważnienia prawnego do leczenia chorych jako lekarz lub chirurg, „leczeniem zajmuje się z rzemiosła, a w szczególności „zajmuje się stosowaniem magnetyzmu zwierzęcego „lub żywotnego lub znieczulaniem za pomocą pary eteru, „dopuszcza się przekroczenia, i w miarę długości czasu, przez „który niedozwolone to zatrudnienie praktykował, i w miarę „szkody, którą przez to zrządził, karany będzie ścisłym aresztem „od 1—6 miesięcy; w razie, jeżeli z przewinienia jego wynikła „śmierć człowieka, karany będzie według § 335 (od 6 miesięcy „do 1 roku)“. Nadto orzeka § 344, że jeżeli winny nie jest krajowcem, wtedy po odbytéj karze wydalony będzie ze wszystkich krajów koronnych cesarstwa. Wprawdzie w kodeksie, ogłoszonym w r. 1852, nie mogło być mowy o stosowaniu hypnotyzmu, ale sądzimy, że zmiana nazwy rzeczy saméj nie zmienia. Ponieważ zaś mogłaby zachodzić wątpliwość, gdyby się chciano trzymać wyrazu a nie ducha ustawy, obowiązkiem staje się władz politycznych, aby idąc w téj mierze w ślad niemieckich, ogłosiły zakaz stosowania hypnotyzmu dla osób niepowołanych, które pojęcia nawet o tém nie mają, że igraszką tą zrządzić mogą szkodę niepowetowaną, a wydanie zakazu takiego staje się tém naglejszém, o ile się rozchodzi o zdrowie dzieci i obronę rodziców, którzy z największém zaufaniem posyłają dzieci swoje do szkół, a zapewne nie życzą sobie, aby poza szkołą służyły niepowołanemu do niebezpiecznych doświadczeń. Niechętnie podnosimy głos przeciw szalbierstwu, w jakiéjkolwiek postaci ono się objawia, bo wiemy z doświadczenia, że podobne przedstawienia ze strony lekarskiéj niestety skutek miewają przeciwny, gdyż maksyma starodawna: *mundus vult decipi* z postępem czasu i oświaty nic nie straciła na walorze; jednak w danym razie, gdy się rozchodzi o dobro dzieci, których rodzice są nieobecni, poczytujemy sobie za święty obowiązek nie poprzestać na „*decipiatur*“, lecz wskazać złe i żądać usunięcia go.

* W Bazylei odbędzie się w miesiącu wrześniu rb. międzynarodowy Zjazd fizyjologów. Dla urządzenia tego Zjazdu, mającego się rozpocząć d. 10 września, wybrano komitet międzynarodowy, w którym reprezentują Austro-Węgry prof. Exner w Wiedniu i prof. Hering w Pradze, Niemcy zaś proff. Heidenhain w Wrocławiu i Hensen w Kielu, do których zamierzający wziąść udział w Zjeździe fizyjologowie lub reprezentanci gałęzi spowinowaconych z fizyjologiją, zgłosić się mogą.

* Dermatologowie niemieccy i austryjaccy zawiązali „Towarzystwo dermatologiczne niemieckie“, które rok rocznie pod czas Zielonych Świątek odbywać będzie Zjazdy swoje. Wydział tymczasowy Tow. składa się z prof. Picka (w Pradze) jako przewodniczącego, prof. Neissera (we Wrocławiu) jako sekretarza, z prof. Lippa (w Gracu) jako skarbnika, wreszcie z proff. Casparego (Królewiec), Doutrelepontа (Bonn), Kaposiego (Wiedeń), Lewina (Berlin) i Neumanna (Wiedeń).

Rosyja. Znana sprawa Dra Chackielewicza weszła w inną fazę: z rozporządzenia Senatu zwrócono takową kijowskiéj Izbie sądowéj z poleceniem, żeby wpierw orzekła Rada lekarska, czy Dr. Ch. dopuścił się błędu lekarskiego.

(†) Z czasopism rosyjskich. Ubiegły tydzień zaznaczył się w rosyjskich sferach lekarskich trzema ważnemi zdarzeniami. Pierwszém było otwarcie w Petersburgu trzeciego zja-

zdu rosyjskich lekarzy. Zgromadzeni wybrali jednogłośnie przewodniczącym znanego prof. Erismana, którego 20-letnią działalność na polu naukowém i społecznem oceniono należycie i urządzono mu wspaniałą i serdeczną owacyję Sekretarzem zjazdu został Dr. Uwarow. Urządzenie zjazdu jest nader efektowne; między innymi zaproszono także ambasadorów. — Drugim z rzędu wypadkiem jest wystawa hygijeniczno-lekarska, urządzona nader sumiennie i starannie. — Nakoniec donoszą, że naczelnym dyrektorem Departamentu Medycznego został Dr. L. Rogozin, sympatycznie znany specyjalista w psychijatryi i obrońca instytucyi lekarzy ziemskich. Zarazem został prof. Dr. Susczyński mianowany naczelnym kierownikiem wszystkich kaukazkich miejsc kąpielowych.

Obywatel Pułtawskiéj gubernii Ugreczyn-Trebiński ofiarował Petersburskiéj Duchownéj Akademii swe dobra Pułtawskie i kapitały wartości 20,000 rubli z tym warunkiem, żeby corocznie podczas wakacyj pięciu chorych studentów znajdowało tam wytchnienie i odpoczynek.

Wydział lekarski w Dorpacie nagrodził złotym medalem prace studenta Grünfelda p. t.: O zmianach rdzenia pacierzowego pod wpływem sporyszu i studenta Wilbuszewicza za histologiczno-chemiczne zbadanie żółtéj skóry chinowéj. Tenże Wydział przysądził połowę nagrody Heimbürgera (255 rubli) prof. Gustawowi Bungemu w Bazylei za dzieło pt.: *Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie.*

† **Niemcy.** Maks. Wolz w Bonnie wynalazł nową lampę dla zajęć mikroskopowych. Urządzenie jéj polega na prawie fizycznem zupełnego odbicia światła. Światło od lampy przeprowadzone do mikroskopu przez laseczkę szklaną, nie ulega wcale rozprószeniu z powodu całkowitego odbicia od powietrza. Zalety téj lampy polegają na tém, że daje ona światło bardzo silne, lecz zarazem przyjemne dla oczu. Nadto siłę światła łatwo regulować można. Otrzymać ją można w Monachijum u Gümbela Türkenstrasse Nr. 40. Lampa przystosowana dla nafty kosztuje 15 marek, dla gazu 20, a dla gazu z ciałem w nim rozżarzoném według sposobu Auera 35 marek.

† **Anglija.** Właściciele czasopisma „*The Lancet*“ zobowiązali się ofiarować corocznie najmniéj 300 f. szterl. na wsparcie i pożyczki bezprocentowe dla zubożałych lekarzy i ich rodzin. Wspaniałomyślna ta szczodrość jest łatwą do zrozumienia wobec faktu, że same inseraty przynoszą więcéj dochodu, niż kosztuje prowadzenie wspomnianego dziennika.

(x) W Nrze 5tym *Lancet* z r. b. znajdujemy opis dwóch nowych przyrządów, ułatwiających w wysokim stopniu lekarzom, zbytnio praktyką zajętym, ogłaszanie swoich spostrzeżeń i myśli. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że z każdym dniem pojawia się coraz więcéj prac klinicznych, opartych na rozległém doświadczeniu, z drugiéj jednak strony jest rzeczą pewną, że bardzo wiele cennych spostrzeżeń nie ogląda nigdy światła dziennego dla tego, że lekarze cieszący się dużą praktyką, a więc i doświadczeniem, dla braku czasu nie mogą ogłaszać swoich myśli, któreby mogły być dobrą wskazówką dla pracowników teoretycznych. Z tego wypływa, że lekarze nie mający praktyki nie piszą, bo nie mają co pisać, lekarze zaś ciągle zajęci i mający dużo spostrzeżeń i myśli nie piszą, bo nie mają czasu. Ażeby tym ostatnim ułatwić przelewanie myśli swoich na papier wymyślono dwa przyrządy, z których jeden nosi nazwę Grafofon a drugi Stenotyp. Grafofon jest bardzo podobny do fonografu; zostaje w ruch wprawiony podobnie jak maszyna do szycia. Do otworu przykłada się usta i donośnym głosem powierza się przyrządowi wszystkie myśli, których dla braku czasu nie można wprost spisać, a które na walcu obracającym się odpowiednio urządzonym zostają ustalone. Po ukończeniu artykułu wyjmuje się walec i posyła pocztą do osobnego urzędu; gdy walec zostaje znowu włożony do grafofonu, z którego wychodzą dwie rury idące podobnie jak w obuusznym stetoskopie do uszu urzędnika. Przyrząd znowu w ruch wprawiony powtarza teraz cały artykuł, który można spisać. Przyrząd ten nie jest jeszcze wydoskonalony i trzeba pewnéj wprawy, aby go dokładnie zrozumieć. Myślano również o tém, ażeby przyrządu tego użyć do praktyki konsyliarnéj. Wątpliwe objawy przysłuchowe serca, jak szmery niepewnego pochodzenia, mógłby jeden lekarz posyłać drugiemu gdzieś bardzo daleko mieszkającemu, zamiast go trudzić długą podróżą, i w ten sposób lekarz włożywszy sobie do uszu obie rurki grafofonu słyszałby szmery sercowe swojego chorego i mógłby nawet niepewną rzecz rozstrzygnąć. *Lancet* przyznaje jednak, że dzisiejsze przyrządy nie są w stanie naśladować dokładnie odcieni tonów lub szmerów. Drugi przyrząd „Stenotyp“ nie jest dokładnie znany. Wynalazca jego p. Guest nie chce zdradzić tajemnicy. Przyrząd ten zapisuje znaki zrozumiałe tylko dla wtajemniczonego

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Hermann Kraus z Rzeszowa, Elijasz Albert Süsskind z Krakowa i Tadeusz Jan Teodorowicz z Podwerbiec w Galicyi.

Nekrologija. W Sarapule gub. symbirskiéj zmarł Dr. K. Królikowski, 67 lat liczący, urodzony w Lubelskiem. W mieście tém służył od r. 1847 i zyskał prawdziwy szacunek, ostatniemi czasy wybrano go nawet honor. sędzią pokoju i prezesem ziemskiego Zarządu.

Piśmiennictwo lekarskie. Zakład dyjetetyczny Dra Skorczewskiego w Krynicy. Kraków, 1889, w 8ce, str. 24.

Na podwalinie fizyjologii odżywiania, dzięki usiłowaniom szkoły monachijskiéj, wzniesiono prawie w oczach naszych, wspaniały gmach nowoczesnéj dyjetetyki i higijeny leczniczéj wspólną pracą najznakomitszych klinicystów, lekarzy szpitalnych i higijenistów naszego wieku [1]). Marzenia angielskich i francuskich inicyjatorów dyjetetycznego leczenia stały się rzeczywistością, dyjetetyka wysunęła się w dzisiejszéj dobie na naczelne stanowisko z pośród gromady różnoimiennych leków i metod leczniczych. Zarówno ścisły badacz jak i zwykły *formularum medicarum praescriptor* przyznaje chętnie, że podstawą leczenia chorób przewlekłych jest higijena i dyjeta. W pewnych przypadkach dyjetetyka skutecznie wspiera niezbędne z innych względów zabiegi lecznicze, w innych znowu racyjonalna dyjeta jest treścią leczenia, właściwém leczeniem.

O ile znaczna liczba chorób przewlekłych bierze początek z wadliwego sposobu żywienia się, o tyle pożywienie w rękach umiejętnego lekarza bywa środkiem leczniczym pierwszorzędnego znaczenia. Przeważnéj części uporczywych schorzeń towarzyszą zboczenia w odżywieniu jako istotne objawy chorobowe. Usunięcie zaburzenia odżywczego, dziś śmiało można to wyrzec, tyle znaczy co wyleczenie choroby, a jeżeli pewnego schorzenia całkowicie się nie usuwa, to przynajmniéj czyni się znośnym byt chorego nieuleczonego, niekiedy zaś wyrównanie zboczeń odżywczych uszczęśliwia zrozpaczonego pacyjenta dobrodziejstwem zdolności do pracy.

Leczenia dyjetetyczne nie zapuściły u nas silnych korzeni. Rutyna przemaga, bo sposoby żywienia w chorobach rzecz zaiste nie łatwa. Zasady dyjetetyki napotykały u nas w zastosowaniu na wielkie trudności, a to z braku specyjalnych zakładów dla leczeń dyjetetycznych [2]).

W domu trudno bardzo, najczęściéj wręcz niepodobna, wykonać przepis dyjetetyczny z możliwą ścisłością, będącą warunkiem skuteczności leczenia za pomocą dyjety. Osoby otaczające chorego nie mają, bo mieć nie mogą, potrzebnych wiadomości do zrozumienia drobiazgowych szczegółów żywienia chorego, cała zaś dyjetetyka z drobiazgów się składa. Powtóre chory w swoich „czterech ścianach“ bywa zawsze panem sytuacyi, według jego życzeń układa się codzienne życie, jest zatém powagą dla otaczających, lubo do samego siebie nie ma ufności, gdyż sam nie wie co począć. Całkiem inaczéj się dzieje w zakładach specyjalnie urządzonych dla metodycznych leczeń. Tutaj celem wszelkich zabiegów zarządu i służby bywa najskrupulatniejsze wykonanie przepisanego sposobu leczenia. Porządek dzienny, zaprowadzony przez lekarza kierującego, jest podstawą zaleconego postępowania, którego to porządku nikt nie ośmieli się naruszyć, a tém mniéj zmienić. Jedyną powagą dla wykonawców tych lub owych szczegółów jest kierownik zakładu.

---

[1]) Bauer: *Krankenernährung und diätetische Heilmethoden*, 1883. Uffelmann: *Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen*, 1887. — [2]) Na wzmiankę zasługują prace dwóch polskich lekarzy w zakresie dyjetetyki szpitalnéj: Orłowskiego (Tablice żywienia chorych przedstawione na Wystawie higijenicznéj w Berlinie 1883) i Nenckiego (Projekt żywienia chorych w szpitalach warszawskich. *Gaz. Lek.*, 1884, Nr. 10).

On rządzi, on rozkazuje, na niego też spada cała odpowiedzialność za wszystko złe.

Myśli tu wyrażone uwydatnił Dr. Skórczewski w małéj książeczce; na 24 stronnicach zdołał wyłożyć w sposób prosty i przystępny cele i zadania współczesnéj dyjetetyki, wymienił rozmaitego rodzaju sposoby żywienia chorych i opisał dyjetetyczne leczenie kilkunastu chorób.

Z przyjemnością dowiadujemy się z broszurki o otwarciu w dniu 15 maja br. specyjalnego zakładu dla leczeń dyjetetycznych w Krynicy. Autor pierwszéj „dyjetetyki“ w języku polskim, wydanego w r. 1879, a więc w czasie, gdy leczenia za pomocą dyjety nie cieszyły się jeszcze w Niemczech uznaniem, daje wszelkie rękojmie, że zakład pod jego kierownictwem umiejętnie i praktycznie się rozwinie ku istotnemu pożytkowi chorych. Będzie to zasługą Dra Skórczewskiego, jeżeli tyle skuteczne leczenia dyjetetyczno-higijeniczne rozpowszechnią się w kraju naszym. Ubolewać atoli wypada, że zakład otwarty będzie w zwykłéj tylko porze zdrojowéj, od 15 maja do 30 września, gdy tymczasem liczne tego rodzaju zakłady zagraniczne są używane przez rok cały. Lekarze nasi w ogóle, osobliwie zaś uczniowie profesorów Baranowskiego i Korczyńskiego, chętnie powitają nowy zakład i niezawodnie popierać go będą w przeświadczeniu o zbawiennych skutkach umiejętnego żywienia chorych. Dr. S. nie szczędził nakładów i trudów, aby swój zakład postawić na wysokości tegoczesnych wymagań a przekonałem się naocznie o niezbędnych w takich zakładach higijenicznych i gospodarczych urządzeniach. *Lutostański.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lekarskich* Nr. 2: Karlińskiego: Przyczynek do etyjologii posocznicy noworodków (c. d.); Matlakowskiego: Przypadek ropnia przeponowego (dok.); Smoleńskiego: Hydroterapija chorób rdzenia pac.; Szumana: Wysięk gruźliczy jamy brzusznéj; Wicherkiewicz: O wartości i sposobach wypłukiwania komórek ocznych (dok.); Stana. Przyp. bezgłosu u dziewczynki. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Obalińskiego: Uwagi nad czasową resekcyją szczęki dolnéj, dokonywaną w celu wycięcia n. żuchwowego; Matlakowskiego: Przyczynek do chirurgii żołądka (c. d.); Kucharzewskiego: O przesięku do kiszek pod wpływem soli przeczyszczających (dok.). — W *Medycynie* Nr. 6: Jaworskiego: Z dyjagn. i terapii chorób żołądka (c. d.); Krajewskiego i Wróblewskiego: Rak krtani (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20 bm. o godz. 6éj wieczór **w sali Akademii Umiejętności** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Gluziński mówić będzie o powikłaniach ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.